

SOBRE A ENTREVISTA COM UMA PACIENTE AFÁSICA: EFEITOS NO TRATAMENTO

About the interview with aphasic patient: effects on the treatment

Juliana Marcolino¹

Resumo

O primeiro procedimento de diagnóstico na clínica Fonoaudiológica é, via de regra, anamnese ou entrevista. Na clínica de linguagem com afásicos, a anamnese é uma coleta de informações sobre aspectos orgânicos, sociais e emocionais. Desse modo, o primeiro contato não precisa ser feito com o próprio afásico, já que um familiar ou cuidador pode informar sobre a condição patológica. Neste trabalho, problematizo que o primeiro contato com o paciente não pode ser reduzido à coleta de informações. A partir do relato de um caso de afasia, apresento uma outra direção para condução das entrevistas. Discutirei, também, alguns efeitos que essa direção produziu no tratamento.

Palavras-chave: afasia; anamnese; diagnóstico; fonoaudiologia.

Abstract

First diagnosis procedure in speech therapist clinical is, usually, a medical history taking or interview. In the language clinical with patients' aphasic, medical history taking is collection of information on organics, social and emotional aspects. In this way, the first contact does not need to be made with aphasic patient, because family's somebody can give better information about his pathological condition. This paper aims at discussing the first contact with patient which could not be reducing as collection of information. I show an aphasic case and another direction to lead interview. I will discuss some effects this direction in treatment.

Key-words: aphasic; medical history taking; diagnosis; speech language and hearing sciences.

O diagnóstico na clínica fonoaudiológica é, via de regra, realizado através de dois procedimentos: entrevista ou anamnese e a avaliação propriamente dita. Tradicionalmente, o primeiro procedimento consiste em uma coleta de informações sobre o paciente e sobre a patologia. O segundo é uma eleição de sinais observáveis para circunscrever um quadro nosográfico ⁽¹⁾.

Na clínica de linguagem com afásicos, as informações que devem ser coletadas, no primeiro contato, vão desde aspectos orgânicos (tempo de hospitalização, local da lesão cerebral, entubação traqueal) até aspectos emocionais e sociais (se o paciente fala alguma palavra,

compreende ordem simples, está com alteração emocional). Acredita-se que, devido à dificuldade na fala do paciente, um informante deve comparecer para fornecer dados mais fidedignos sobre o outro e sua patologia. Note-se que o primeiro contato não precisa ser feito com o próprio afásico, já que um familiar ou cuidador pode informar melhor sobre a condição patológica.

De acordo com as reflexões teórico-clínicas sobre atendimento de afásicos, encaminhadas no Projeto Integrado Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem², a instância diagnóstica inicia-se com a convocação do próprio paciente já na primeira entrevista³ ^(2, 3): o afásico deve ser o

¹ Fonoaudióloga e Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem pela PUC-SP. Professora colaboradora do curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste - UNICENTRO - Departamento de Fonoaudiologia E-mail: jumarcolino@terra.com.br.

² Projeto coordenado, no Programa de Estudos Pós-Graduados em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem da PUC-SP, por Maria Francisca Lier-De Vito e subvencionado pelo CNPq (processo 522002 / 97-8).

³ Lier-De Vito e Fonseca aprofundam essa discussão em artigo a sair.

protagonista na cena clínica - a entrevista é realizada com o afásico. Ele é chamado pelo nome e solicitado a se encaminhar à sala de atendimento. O acompanhante do afásico só poderá falar de si mesmo, de suas aflições ao se deparar com a afasia.

A partir do breve relato do atendimento de uma paciente afásica, discutirei que queixa, demanda e configuração de um espaço clínico devem ser a tônica das primeiras entrevistas com afásicos. Mostrarei os efeitos que recomendação de “convocar o próprio afásico” na entrevista produziu no caso P.

Convoquei a paciente, por telefone, para a entrevista. Ao chamá-la pelo nome na sala de espera, quem primeiro se levanta é o marido. Disse a ele que a senhora P. poderia entrar sozinha e sugeri que ele aguardasse na recepção. Ele, que já se mostrava ansioso, insistiu e, olhando diretamente para mim, justificou a necessidade de sua presença na entrevista dizendo: “*ela não fala nada!*”. A paciente não retrucou, embora fixasse o olhar em mim. Seu corpo ficou tenso, parecia “amarrado”. Seguindo a recomendação proposta por Fonseca ⁽²⁾, convidei a senhora P. a entrar na sala de terapia e disse ao marido que esperasse e que o chamaria ao final da entrevista. P. não hesita em entrar sozinha.

Suspeitei de fato que ela entraria sozinha tendo em vista o olhar que me dirigia e a tensão do seu corpo após a afirmação contundente de seu marido: “*ela não fala nada!*”. Certamente, ela reagiu à fala dele e compreendeu a minha. Algumas questões sobre a minha decisão clínica, ainda na sala de espera, me instigaram. Por que eu decidi que o marido, mesmo com uma visível aflição, só participasse ao final da entrevista? A minha decisão foi uma reação à fala do marido “*ela não fala nada!*”?

Algumas reflexões podem ser retiradas sobre o que aconteceu na sala de espera. É o marido quem se levanta, é ele que se coloca e decide que P. “*não fala nada*”. Se a recomendação tem o sentido explícito em “dar vez e voz” ao afásico, eu aponto que a paciente pode falar “sozinha”. Diante desse impasse – não fala nada ou fala sem ajuda do marido - a paciente parece ter dúvida quanto à sua condição. O corpo fica tenso, mas ela decide entrar “sozinha”.

Ao entrarmos na sala para o início da entrevista, perguntei a ela se estava bem. Ela respondeu a minha pergunta “sim” com o movimento de cabeça. Ao que se seguiu uma fala hesitante, marcada por pausas curtas e longas e acompanhada de gestos corporais indicativos de desânimo (como se ela fosse desistir de falar). Eu dizia, vez por outra, “*não fique aflita [...] vamos lá!*”. Ela persistia e pedaços de fala continuavam a emergir. Já nesse primeiro encontro, terapeuta e paciente enfrentaram essa fala desalinhada, lacunar. Uma história de vida foi tecida (com bastante dificuldade) e o corpo da paciente pareceu-me ter ficado “mais solto”. Notei que uma mudança no corpo ocorreu, já na primeira entrevista.

Ao final da sessão, antes de chamar o marido, eu disse que tínhamos podido conversar sobre muitos assuntos, sem que tivesse sido necessária a presença de seu marido na entrevista. Com o corpo retesado, ela concorda com um meneio de cabeça. Ela permanece na sala de terapia e eu chamo o marido conforme combinado.

Quando entra na sala, o senhor M. olha para o papel em que P. havia escrito algumas palavras e diz para a sua mulher: “*ah, ela fez você escrever aí?*”. Volta-se para mim (tive a impressão que me olhava com certa hostilidade) e acrescenta: “*quando ela está com vontade, eu faço ela ler em voz alta. Quando ela enrola, eu falo: volta aqui! Aí, eu dou a dica, né? Direitinho!*”. Dito isso, ele põe-se a falar ininterruptamente: que passou a se empenhar pessoalmente na recuperação da esposa, que desde o acidente vascular de sua mulher, deixou de trabalhar e que se desfez do negócio que tinha para “*cuidar dela*”. Como se poderia interpretar essa dedicação plena, esse “cuidar dela”, uma vez que P. realiza todas as tarefas diárias e até se dispõe a sair sozinha, conforme relato do marido:

“Outro dia, ela falou: ‘vou na escolinha [de cabeleireiro] arrumar o cabelo, vou sozinha, hein?’ - Eu disse: ‘sozinha não! Eu vou e fico quietinho lá, não falo nada’. Aí, fomos lá; chegou lá, a moça perguntou: ‘vai cortar, o que vai fazer?’. E ela: ‘é’. Aí eu falei que não ia falar nada - pedi pra eu não falar! Ela fica nervosa -” não conseguiu! // “Ela não é capaz de sair sozinha”.

Note-se que a fala do marido produziu uma

articulação (i)lógica entre “*não conseguir...falar*” e “*não é capaz de sair sozinha*”. Uma afirmação que não me parecia combinar com o fato de P. poder realizar tarefas (que realizava antes do AVCI) e não poder “*sair sozinha*” (mesmo não podendo falar como antes). Ao longo dessa fala de M., P. permaneceu em silêncio: não a confirmava ou a refutava com meneios de cabeça e nem fazia qualquer tentativa de intervenção, ao contrário do que aconteceu quando ele falava sobre sua dependência. Quando o marido disse “*ela não é capaz de sair sozinha*”, ela prontamente responde “*ele ta surdo!*”.

Pude me dar conta de que P. “entra sozinha” e “fala sozinha” o que pode falar. Talvez se possa dizer que um efeito *a mais* foi produzido ao final da sessão, qual seja: na presença do marido, ela toma posição frente a ele ao dizer: “*ele é surdo*”. Nesse caso, parece-me que a paciente pôde assumir o lugar de falante, que esse enquadre clínico favorece. Ela pôde descolar-se de uma relação em que apenas um fala e sabe (o marido), i.e., ela abala os alicerces de uma relação que a retirava da condição de sujeito desejante. Vale lembrar que o marido dizia: “*ela não fala nada*”.

E, se ela veio a falar, foi porque ele “*foi fazendo ela falar*”, ou seja, P. só voltou a falar, por conta do sucesso do empenho de M.

Desse modo, “entrar sozinha” foi importante e teve efeitos não só na entrevista, mas também, no tratamento: a paciente pôs-se a “falar sozinha e como podia” e assim permaneceu ao longo do atendimento – expressão de que a senhora P. estava ali implicada.

Posso dizer, ainda, que o efeito das entrevistas permitiu que P. enfrentasse sua condição: ela preferiu vir de ônibus, sozinha, às sessões. Este modo de presença de P. perdurou em todo o atendimento: enfrentamento do sintoma na fala implicava, neste caso, tomada de decisões, como “sair sozinha”, viajar, cuidar da família.

Na clínica com afásicos adultos ⁽²⁻⁴⁾, é o paciente que deve enunciar a queixa e implicar-se no seu sintoma. Vimos no caso da senhora P. que a queixa desdobrou-se em um pedido de ajuda e configuração de um espaço clínico: corpo mais “solto” e o afastamento do marido quanto à participação dele no atendimento. Passos iniciais que fundamentaram todo o atendimento.

Referências

1. Arantes L. Diagnóstico e clínica de Linguagem [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem/ PUC-SP; 2001.
2. Fonseca SC. O afásico na clínica de linguagem [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem/ PUC-SP; 2002.
3. Fonseca SC. Afasia: a fala em sofrimento [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem/ PUC-SP; 1995.
4. Marcolino J. A clínica de linguagem com afásicos: indagações sobre um atendimento [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem/ PUC-SP; 2004.

Agradecimentos

Agradeço a Francisca Lier-De Vitto, pela orientação na escrita deste caso e, Suzana Carielo da Fonseca, pela supervisão no atendimento.